



Health System Watch

Die Novelle des KAKuG und ihre Bedeutung für die Schnittstelle zum stationären Bereich

Thomas Czypionka, Clemens Sigl, Gerald Röhrling*

Zusammenfassung:

Die KAKuG-Novelle (BGBl. I Nr. 147/2011) zur Umsetzung des ÖSG 2010 soll effizienzfördernde Flexibilisierungsmöglichkeiten in Spitälern eröffnen und die Nahtstellen zwischen dem Spitalssektor und dem ambulanten Sektor verbessern. Dazu wurden neue Organisations- und Betriebsformen mit einer modularen Zusammensetzung geschaffen, die eine differenziertere Leistungserbringung der Krankenanstalten ermöglichen. Diese rahmengesetzlichen Vorgaben müssen in weiterer Folge innerhalb eines Jahres auf Landesebene durch die Erlassung von Ausführungsgesetzen umgesetzt werden. Aufgrund eines hohen Detaillierungsgrades im Grundgesetz beschränkt sich die Ausgestaltung der landesgesetzlichen Umsetzung vielfach auf die Anzeige- bzw. Bewilligungspflicht bei der Einrichtung von neuen Organisationsformen. Generell ist die Aufweichung von festen Leistungs- und Strukturvorgaben zu begrüßen. Der Handlungsspielraum der Akteure im Gesundheitswesen in Hinblick auf eine integrierte Versorgung ist durch die immer noch starren Vorgaben jedoch weiterhin eingeschränkt. Die KAKuG-Novelle hat vorwiegend Veränderungen in der Organisation und Infrastruktur von Spitälern im stationären Leistungsbereich erwirkt. Die Nahtstellen zwischen dem Spitalssektor und dem ambulanten Sektor sowie zum Rehabilitations- und Pflegebereich bleiben dabei im Wesentlichen unberührt. Für eine Entschärfung der Schnittstelle und die damit einhergehenden weitreichenden ökonomischen und versorgungstechnischen Verbesserungen sind jedoch tiefgreifende Reformen bzw. Novellierungen im Sinne eines gesamthaften Ansatzes vonnöten. Zu diesen zählen etwa eine finanzielle Beteiligungsmöglichkeit der Spitäler an den Gruppenpraxen oder eine vereinfachte dienstrechtliche Zuordnung des medizinischen Personals in Bezug auf die verschiedenen Einrichtungen. Auch finanzierungsseitige Reformen sind notwendig, etwa kostendeckende Tarife in der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) und komplementäre Bezahlssysteme im ambulanten Bereich, um Verbesserungen in der Spitalandschaft hinsichtlich der Förderung von Kooperationen und der Entschärfung von Schnittstellen zwischen den Leistungsbereichen zu erwirken. Die Schaffung einer österreichweiten integrierten Leistungsangebotsplanung und Versorgung bedarf einer abgestimmten, ganzheitlichen Reform aller betroffenen – in Österreich stark fragmentierten – gesetzlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens, z. B. in Form eines einheitlichen Leistungserbringungsrechts.

Zusammenfassung

* Alle: Institut für Höhere Studien
Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>

Ein besonderer Dank gilt all jenen Personen, die uns hilfreiche Auskünfte im Zuge der Erstellung dieser Ausgabe des Health System Watch gegeben haben!

Bemerkung: Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht.





Einleitung

Einleitung

Die Schnittstelle zwischen niedergelassenem Bereich und Spital gilt gemeinhin als eine der großen Schwächen im österreichischen Gesundheitswesen. Während in den meisten Gesundheitssystemen schon die Finanzierung auf „beiden Seiten“ aus einer Hand erfolgt, müssen in Österreich zwei Kompetenzbereiche aufeinander abgestimmt werden. Die regionale Strukturplanung ist hier ein wesentliches Mittel zur Verbesserung des Übergangs vom einen Bereich zum anderen. Aber erst in den letzten Jahren wurden auch zunehmend die dafür notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen, zum einen mit dem Gesetz zu den Gruppenpraxen in Form einer GmbH, zum anderen mit der Novelle des Kranken- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) 2012. Leider sind die Gruppenpraxen nach wie vor kaum im Einsatz, und es steht zu hoffen, dass es gelingt, sie sinnvoll zu etablieren. Diese Ausgabe des Health System Watch widmet sich jedoch der Frage, welche Auswirkungen die Änderungen im Bereich des KAKuG mit sich bringen könnten.

Um diese Frage zu klären, scheint es zweckmäßig, die konstitutionelle Einbettung des KAKuG vorweg zu beschreiben. Anschließend sollen die wichtigsten Änderungen durch die KAKuG-Novelle und deren landesgesetzliche Ausführungen dargestellt werden. Dazu wurden vom Institut für Höhere Studien (IHS) die für Krankenanstaltenrecht zuständigen Büros der Landesräte zur Umsetzung der aktuellen KAKuG-Novelle befragt. Darauf aufbauend werden die Bedeutung der KAKuG-Novelle, ihre Auswirkung auf verschiedene Leistungsbereiche im Gesundheitswesen sowie ihre landesrechtliche Umsetzung erläutert.

Konstitutionelle Rahmenbedingungen

Konstitutionelle Rahmenbedingungen

Das österreichische Gesundheitssystem ist durch ein „duales System der Enumeration und Generalkompetenz“ gekennzeichnet. Die ausschlaggebenden konstitutionellen Vorgaben finden sich in den Artikeln 10 bis 15 des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG). Nach Art. 10 Abs. 1 Z 12 fällt dem Bund die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz für das Gesundheitswesen zu.¹ Dem Bund kommt somit die Gesetzgebung in Bereichen wie den Gesundheitsberufen, dem öffentlichen Gesundheits- und Arzneimittelwesen oder der Verbrauchergesundheit bzw. Lebensmittelsicherheit zu. Die Gesundheitsverwaltung obliegt dem Bundesministerium für Gesundheit, dessen konkrete Kompetenzen im Bundesministerengesetz 1986 (BMG), BGBl. I Nr. 3/2009, festgeschrieben sind.² Im Bereich der Volkspflegestätten, Heil- und Pflegeanstalten sowie bei vom gesundheitlichen Standpunkt aus an Kurorte sowie Kuranstalten und Kureinrichtungen zu stellenden Anforderungen kommt dem Bund nur eine Grundsatzgesetzgebung zu (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG). Diese Grundsatzgesetzgebung im Bereich der Volkspflegestätten, Heil- und Pflegeanstalten ist durch das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) gegeben, welches somit als Rahmengesetz fungiert. Die Erlassung von Ausführungsgesetzen innerhalb des bundesgesetzlich festgelegten Rahmens und, in weiterer Folge, die Vollziehung obliegt der Landesgesetzgebung. Im Bereich der Länder üben die Vollziehung des Bundes, soweit nicht eigene Bundesbehörden bestehen (unmittelbare Bundesverwaltung), der Landeshauptmann und die ihm unterstellten Landesbehörden aus (mittelbare Bundesverwaltung) (Art. 102 Abs. 1 B-VG). Soweit eine Angelegenheit nicht ausdrücklich durch die Bundesverfassung in der Gesetzgebung oder der Vollziehung dem Bunde übertragen ist (Bedarfskompetenz), verbleibt sie im selbstständigen Wirkungsbereich der Länder (Generalkompetenz). Relevante Angelegenheiten des Gesundheitswesens zur Besorgung im eigenen Wirkungsbereich der Gemeinden sind die örtliche Gesundheitspolizei, hier insbesondere auf dem Gebiete des Hilfs- und Rettungswesens sowie des Leichen- und Bestattungswesens (Art. 118 Abs. 3 Z 7 B-VG). Sofern kein Selbstverwaltungskörper vorhanden ist oder eine Behörde auf höherer Verwaltungsebene existiert, kommt die Vollziehung in erster Instanz dem Gesundheitsamt der Bezirksverwaltungsebene zu, welches von einem Amtsarzt bekleidet wird. Die Be-

1 Ausnahmen sind das Leichen- und Bestattungswesen sowie der Gemeindegesundheitsdienst und das Rettungswesen, hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten, des Kurortwesens bzw. der natürlichen Heilvorkommen jedoch nur die sanitäre Aufsicht.

2 Dem BMG steht der Oberste Sanitätsrat als beratendes Gremium mit Empfehlungscharakter zur Seite.





zirksverwaltungsbehörde hat in den Krankenanstalten und Kuranstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der bundesgesetzlichen sanitären Vorschriften zu überwachen (§ 60 Abs. 1 KAKuG). Das Gesundheitsamt auf Landesebene wird vom Landessanitätsdirektor geführt, dem der Landessanitätsrat beratend zur Seite steht.

Um Beschlüsse, Maßnahmen oder Reformen im – ersichtlich komplizierten – österreichischen Gesundheitssystem zu ermöglichen, besteht der Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG). Dieser ermöglicht innerstaatliche Verträge zwischen dem Bund und den Ländern in Bezug auf ihren jeweiligen Wirkungsbereich. Aufgrund der zentralen Bedeutung der 15a-Vereinbarung in der Struktur und den Prozessen des österreichischen Gesundheitssystems soll diese näher erläutert werden. Nach Artikel 15a B-VG wird es den Gebietskörperschaften ermöglicht, Vereinbarungen bezüglich ihres jeweiligen Wirkungsbereichs zu treffen. Dabei sind Vereinbarungen nicht nur zwischen Land und Bund möglich, sondern auch zwischen den Ländern, wobei diese nur über Angelegenheiten ihres selbstständigen Wirkungsbereiches getroffen werden können. Eine 15a-Vereinbarung ist somit ein Vertrag im öffentlich-rechtlichen Wirkungsbereich der Vertragsparteien. Sie kann sich sowohl auf Gesetzgebungsorgane als auch auf Vollziehungsorgane beziehen und dabei in weiterer Folge auch Änderungen und Ergänzungen des Landesverfassungsrechts erwirken.³ Die Inhalte der Artikel-15a-Vereinbarungen sind innerstaatliche Verträge zur Bindung der Vertragsparteien und somit kein unmittelbar anwendbares Recht. Vereinbarungen über die Finanzierung und Organisation sind zur Rechtswirksamkeit in weiterer Folge etwa in das KAKuG zu übertragen. Die aktuelle KAKuG-Novelle i. d. F. BGBl. I Nr. 147/2011 schafft somit eine verbindliche Festlegung der im Österreichischen Strukturplan (ÖSG)⁴ getroffenen Maßnahmen zur Leistungsplanung und Effizienzsteigerung.

Das KAKuG

Die Versorgung im Krankenanstaltswesen wird durch das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) geregelt. Beim KAKuG handelt es sich im Gegensatz zum Ärztegesetz (ÄrzteG) oder zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) um ein Grundsatzgesetz des Bundes (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG). Die folglich bedingten Ausführungsgesetze sind von den Bundesländern im Rahmen der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen innerhalb eines Jahres vom Tage der Kundmachung an zu erlassen, ansonsten geht die Zuständigkeit zur Erlassung des Ausführungsgesetzes für dieses Land auf den Bund über.⁵

Ausnahmen im Grundsatzcharakter des KAKuG bilden Vorgaben für Universitätskliniken⁶ sowie die bereits angeführten sanitären Vorgaben und auch etwa die Organtransplantation und Diagnoseerfassung, welche unmittelbar anwendbares Bundesrecht bilden. Krankenanstalten im Sinne des § 2 Abs. 1 KAKuG sind allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten, Heime für Genesende, Pflegeanstalten für chronisch Kranke, Gebäranstalten und Entbindungsheime, Sanatorien und selbstständige Ambulatorien. Den größten Anteil stellen allgemeine Krankenanstalten, die sich wiederum nach ihrer Versorgungsfunktion unterteilen lassen in Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten bzw. Universitätskliniken (§ 2a Abs. 1 KAKuG). Ein Übergewicht bei den Krankenanstaltenträger haben Länder und Gemeinden. Daneben treten noch der Bund (beispielsweise bei Militärspitälern), Stiftungen und öffentliche Fonds (etwa kirchliche Rechtsträger), natürliche oder juristische Personen, wie beispielsweise das Rudolfinerhaus, und sonstige Körperschaften öffentlichen Rechts (etwa Sozialversicherungsträger im Falle der Unfallkrankenhäuser) als Träger von Krankenanstalten auf. Öffentliche allgemeine bzw. Sonderkrankenhäuser (§ 15 KAKuG) sowie privat-gemeinnützige allgemeine Spitäler⁷

3 Legistisches Handbuch (2011): Legistisches Handbuch des Landes Steiermark. URL: <http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/beitrag/10165551/4530957> (etzter Abruf: 01.08.2012).

4 Der Österreichische Strukturplan (ÖSG) basiert auf 15a-Vereinbarungen, weshalb die darin vorgesehenen Einigungen bzw. Maßnahmen nicht unmittelbar anwendbar sind.

5 Art. 15 Abs. 6 B-VG; § 65 Art. 2 KAKuG.

6 Zur Finanzierung des zusätzlichen Bedarfs, der durch den universitären Betrieb entsteht, erhalten die Universitätskliniken pro Jahr vom Bund gemäß § 55 KAKuG die Mehrkosten als „klinischen Mehraufwand“ ersetzt.

7 Begriffsbestimmung der Öffentlichkeit und Gemeinnützigkeit gemäß § 15 und § 16 KAKuG.





werden über Mittel der Landesgesundheitsfonds (LGF) finanziert.⁸ Nicht gemeinnützige Spitäler, für die seitens der Krankenversicherungen eine Leistungspflicht besteht, werden über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) gespeist.

Die aktuelle KAKuG-Novellierung zur Umsetzung des ÖSG 2010 sieht speziell Änderungen in den grundsätzlichen Bestimmungen über Krankenanstalten §§ 2a, 2b und 6 KAKuG vor, auf deren Inhalt, Bedeutung und Auswirkungen in den nachfolgenden Kapiteln genauer eingegangen wird. Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz i. d. F. BGBl. I Nr. 147/2011 untergliedert sich wie folgt:

Tabelle 1: Aufbau des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes i. d. F. BGBl. I Nr. 147/2011

Erster Teil: Grundsätzliche Bestimmungen über Krankenanstalten		§§ 1–42c
Hauptstück A:	Begriffsbestimmungen	§§ 1–2a
Hauptstück B:	Allgemeine Bestimmungen für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten	§§ 3–13
Hauptstück C:	Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten	§§ 14–38e
Hauptstück D:	Bestimmungen für private Krankenanstalten	§§ 39–41
Hauptstück E:	Gemeinsame Bestimmungen	§ 42
Hauptstück F:	Kuranstalten	§§ 42–42c
Zweiter Teil: Unmittelbar anwendbares Bundesrecht		§§ 43–62f
Hauptstück A:	Besondere Vorschriften für Medizinische Universitäten	§§ 43–46
Hauptstück B:	Besondere Vorschriften für Pflegegebührenforderungen	§§ 47–48
Hauptstück C:	--	§§ 49–59j
Hauptstück E:	Sanitäre Aufsicht	§§ 60–62
Hauptstück F:	Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation	§§ 62–62e
Hauptstück G:	Konsumentenschutz	§ 62f
Dritter Teil: Schluss- und Übergangsbestimmungen		§§ 63–67

Die KAKuG-Novelle (BGBl. I Nr. 147/2011)

Die KAKuG-Novelle (BGBl. I Nr. 147/2011) zur Umsetzung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2010 (ÖSG 2010) soll eine patientenorientierte Versorgung sicherstellen, effizienzfördernde Flexibilisierungsmöglichkeiten in Spitälern eröffnen und die Nahtstellen zwischen dem Spitals- und dem ambulanten Sektor verbessern. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit in seiner nun dritten erweiterten Version ÖSG 2010 mit Planungshorizont 2020 ist Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Der ÖSG – sowie auch jeder RSG (Regionaler Strukturplan Gesundheit) – hat keine unmittelbare, direkte Verbindlichkeit für Dritte, sondern stellt zunächst eine Selbstbindung der jeweiligen Partner an die von allen Ländern ratifizierte Vereinbarung bzw. an die darauf basierenden Beschlüsse und Abstimmungsergebnisse dar.⁹ Im Bereich der intramuralen Versorgung werden die Vereinbarungen im Rahmen des ÖSG erst durch die Festschreibungen des KAKuG verbindlich. Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung nach § 10a Abs. 1 KAKuG zu verpflichten, im Rahmen eines regionalen Strukturplans Gesundheit für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit befindet. Zahlreiche Änderungen der KAKuG-Novelle basieren auf Vereinbarungen des ÖSG 2010, dessen Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze bei der Ausführungsgesetzgebung zu berücksichtigen sind (§ 10a Abs. 1 KAKuG). Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Integration des ÖSG als *objektivierte Sachverständigengutachten* in die Rechtsordnung (§ 59j Z 1 KAKuG) jedoch nicht bedenkenlos ist. Bei Änderungen des ÖSG könnten – speziell im Bereich der detaillierten Vorgaben für reduzierte Organisationsformen – Aus-

⁸ Da keine kostendeckende Finanzierung besteht, werden weitere Mittel als Betriebsabgangsdeckung von den Ländern aufgebracht.

⁹ ÖSG (2010): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien 2010.





legungsschwierigkeiten bei rechtlichen Begriffen im Grundsatzgesetz durch die Änderungen von ÖSG-Begrifflichkeiten auftreten.¹⁰

Aus platzökonomischen Gründen wird im weiteren Verlauf die KAKuG-Novelle zur Umsetzung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2010 (BGBl. I Nr. 147/2011) mit *KAKuG-Novelle* bezeichnet werden. Andere KAKuG-Novellierungen, wie etwa die im selben Jahr vorausgegangene KAKuG-Novellierung BGBl. I Nr. 69/2011, werden als solche mit dem jeweiligen Bundesgesetzblatt bezeichnet. Durch die KAKuG-Novelle wurden neue Versorgungsformen, etwa durch die Standardkrankenanstalten der Basisversorgung, durch sogenannte reduzierte Organisationsformen oder durch zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) geschaffen, welche nachfolgend beschrieben werden.

Standardkrankenanstalten der Basisversorgung

Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können ausschließlich aus der Umwandlung bereits bestehender Standardkrankenanstalten hervorgehen. Stichtag der Errichtungs- und Betriebsbewilligung ist der 01.01.2011 (§ 2a Abs. 4 KAKuG). Ein Vorstoß des Spitalssektors in den niedergelassenen Bereich, wie von einigen Stakeholdern im österreichischen Gesundheitssystem befürchtet, scheint uns zumindest nicht durch die Neuerrichtung von Standardkrankenanstalten der Basisversorgung möglich. Eine bloß räumliche Verlegung einer bewilligten Krankenanstalt (ohne Änderung von Leistungsangebot und -umfang) im Einzugsgebiet erfordert kein erneutes Bedarfsprüfungsverfahren. Die Führung von Standardkrankenanstalten der Basisversorgung ist nur bei einem natürlichen Einzugsgebiet von weniger als 50.000 Einwohnern und/oder einer raschen Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt oder einer höherrangigen Krankenanstalt (Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalt) erlaubt. Die Abteilungs- bzw. Leistungsvorgaben dieser Standardkrankenanstalten der Basisversorgung beschränken sich gemäß § 2a Abs. 4 Z 1 auf eine Abteilung der inneren Medizin (ohne Spezialisierung), eine als dislozierte Wochen- oder Tagesklinik geführte Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung für Chirurgie und eine permanente Erstversorgung von Akutfällen. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können als dislozierte Einheit einer *räumlich nahen* Standardkrankenanstalt geführt werden (§ 2a Abs. 4 Z 6 KAKuG). Über die Mindestanforderungen für Standardkrankenanstalten der Basisversorgung hinausgehend, können Fachrichtungen der reduzierten Organisationsform wie etwa Departments oder Fachschwerpunkte geführt werden. Eine Ausweitung des Leistungsspektrums über die Basisversorgungsleistung im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG ist nicht gestattet (§ 2a Abs. 4 Z 4 KAKuG). Weiters sind im Bedarfsfall gemäß § 18 Einrichtungen für Akutgeriatrie bzw. Remobilisation und Nachsorge mit zu berücksichtigen. In Ausnahmefällen ist die Fortführung bestehender, konservativ tätiger Fachrichtungsabteilungen gemäß den fachrichtungsbezogenen Organisationsformen in § 2b, sofern diese im RSG vorgesehen sind, gestattet (§ 2a Abs. 4 Z 5 KAKuG).

Örtlich getrennte Abteilungen oder Organisationseinheiten müssen gemäß § 2a Abs. 3 *funktionell-organisatorisch* verbunden sein. Durch die KAKuG-Novelle betrifft dies nicht mehr nur Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten, sondern – wie bereits vor dem Jahr 2005¹¹ – auch Standardkrankenanstalten. Eine funktionell-organisatorische Verbindung bei dislozierten Einheiten setzt laut den Materialien der Regierungsvorlage „eine bestimmte räumliche Nähe voraus“. Als Vergleich kann laut österreichischem Verwaltungsgerichtshof etwa die Distanz zwischen der Stadt Salzburg und dem Gasteinertal als zu groß für eine funktionell-organisatorische Verbundenheit angesehen werden.¹² Die Vorgaben für Standardkrankenanstalten haben sich mit der Novellierung des KAKuG nach § 18 auch dahingehend geändert, dass von der Errichtung

10 Maßgebliche Verstöße gegen festgelegte Pläne wie den ÖSG, haben eine Zurückhaltung finanzieller Mittel durch die Bundesgesundheitsagentur zur Folge (§ 59c).

11 Durch die KAKuG-Novelle im Jahr 2004 (BGBl. I Nr. 179/2004) wurde die Möglichkeit zur örtlich getrennten Unterbringung von Abteilungen und Organisationseinheiten gemäß § 2a Abs. 3 auf Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten eingeschränkt. Vor dieser Änderung war diese Möglichkeit Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten vorbehalten.

12 Materialien der Regierungsvorlage (2011): Materialien der Regierungsvorlage zum Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, Änderung (1519 d. B.): S. 4.

URL: http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/II_01519/fname_235564.pdf (letzter Abruf: 01.08.2012).





einer Standardkrankenanstalt nun abgesehen werden kann, wenn im jeweiligen Einzugsgebiet die Voraussetzungen für Standardkrankenanstalten oder für die neu geschaffenen Standardkrankenanstalten der Basisversorgung durch Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten erfüllt werden, die von einer Schwerpunktkrankenanstalt disloziert geführt werden. In Bezug auf Schwerpunktkrankenanstalten kann gemäß § 2a Abs. 3 von der Errichtung einzelner Abteilungen bei Schwerpunktkrankenanstalten abgesehen werden, wenn im betroffenen Einzugsgebiet eine solche Abteilung bereits besteht und kein zusätzlicher Bedarf gegeben ist.

Reduzierte Organisationsformen

Mit der KAKuG-Novelle wurden reduzierte Organisationsformen, wie Departments, dislozierte Wochen- und Tageskliniken und Fachschwerpunkte für medizinische Sonderfächer, geschaffen. So können etwa Satellitendepartments betrieben werden, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt oder – im Falle einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten – durch eine Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort geschieht (§ 2b Abs. 1 KAKuG). Nach § 2b Abs. 3 und 4 können auch dislozierte Wochen- oder Tageskliniken als bettenführende Einheiten eingerichtet werden, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Dislozierte Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt eigenständig geführt und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden werden (§ 2b Abs. 4). Weitere mögliche Organisationsformen sind Fachschwerpunkte (§ 2b Abs. 2) und Referenzzentren (§ 2c). Mit Ausnahme von Departments für Psychosomatik ist die Einrichtung solcher reduzierter Organisationsformen gemäß § 2a Abs. 5 KAKuG nur zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen möglich, sofern ein wirtschaftlicher Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden kann.

Erstversorgungseinheiten

Unter den in § 6 KAKuG geregelten Vorgaben über den Inhalt der Anstaltsordnung wurden im Zuge der KAKuG-Novelle neue Formen der ambulanten Leistungserbringung durch zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) geschaffen. Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) in einer Krankenanstalt oder in unmittelbarer Nähe einer Krankenanstalt können den Betrieb für maximal acht Stunden aussetzen, wenn die Versorgung in der Krankenanstalt in einer anderen Form sichergestellt ist. Dislozierte ambulante Erstversorgungseinheiten sind zeitlich uneingeschränkt zu betreiben. Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) sind ebenfalls zeitlich uneingeschränkt zu betreiben. Im Gegensatz zu AEE mit nicht bewilligungspflichtigen Funktionsbetten sind die Betten zur stationären Beobachtung in ZAE bewilligungspflichtig (systematisierte Betten). Ebenfalls im Unterschied zu AEE ist eine dislozierte Führung von ZAE jedoch nur in begründeten Ausnahmefällen, wie etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung, zulässig (§ 6 Abs. 7 Z 4 und Z 5 KAKuG). Die rahmengesetzlichen Vorgaben für Anstaltsambulatorien gemäß § 26 KAKuG haben durch die KAKuG-Novelle keine Änderung erfahren.

Umsetzung der KAKuG-Novelle

Aufgrund des Charakters einer Rahmengesetzgebung muss die KAKuG-Novelle auf Landesebene umgesetzt werden (Ausführungsgesetzgebung). Wie bereits angeführt hat diese landesgesetzliche Umsetzung binnen Jahresfrist zu erfolgen – das KAKuG wurde mit dem Bundesgesetzblatt Nr. 147/2011 vom 29. Dezember 2011 geändert. Mit Ende August 2012 hat als einziges Bundesland Oberösterreich die Vorgaben der jüngsten KAKuG-Novelle mit dem Beschluss der KAG-Novelle 2012 (LGBl. Nr. 70/2012) durch die Landesregierung am 05.07.2012 umgesetzt.

Das Institut für Höhere Studien (IHS) hat eine Umfrage zur Bedeutung und Auswirkung der ak-





tuellen KAKuG-Novelle durchgeführt. Dazu wurden die für Krankenanstaltenrecht zuständigen Büros der Landesräte bzw. jenes der Stadträtin für Wien kontaktiert. Das Ergebnis über den Fortschritt und die Umsetzung der KAKuG-Novelle auf Ebene der Bundesländer wird in der nachfolgenden Tabelle 2 im Überblick dargestellt.

Tabelle 2: Stand im Prozess der landesrechtlichen Ausführungsgesetzgebung Ende August 2012

Burgenland	Entwurf der Bgld. KAG-Novelle 2012 in Vorbegutachtung
Kärnten	– *
Niederösterreich	Entwurf der Nö. KAG-Novelle 2012 in Vorbegutachtung
Oberösterreich	Beschluss der Oö. KAG-Novelle 2012 am 05.07.2012
Salzburg	Regierungsvorlage der SKAG-Novelle 2012 ist in Vorbereitung
Steiermark	Regierungsvorlage der St. KAG-Novelle 2012 liegt zur Verhandlung vor
Tirol	Entwurf der Tir. KAG-Novelle 2012 in Vorbegutachtung
Vorarlberg	– *
Wien	Entwurf der Wr. KAG-Novelle 2012 liegt mit August zur Begutachtung vor

* Keine Informationen erhalten.

Quelle: IHS HealthEcon (2012)

In den meisten Bundesländern geschieht die Umsetzung der KAKuG-Novelle im Rahmen der Ausführungsgesetzgebung über weite Teile durch eine wortgleiche Übernahme der Bestimmungen der KAKuG-Novelle. Dies ist unter anderem auf den hohen Detaillierungsgrad im Grundgesetz zurückzuführen. Landesgesetzgeber fühlen sich in ihrer Ausführungsgesetzgebung teilweise eingeengt, da nur wenig Spielraum für eine konkrete Ausgestaltung auf Landesebene bleibt. In Bezug auf einzelne Bestimmungen der KAKuG-Novelle wurden kompetenzrechtliche Bedenken geäußert. So würden einzelne Vorgaben der KAKuG-Novelle die Grenzen der Grundsatzgesetzgebung überschreiten. Als Beispiel wurden hierzu die in § 2b KAKuG vorgeschriebenen Bettenzahlen genannt. So finden sich in § 2b Abs. 2 KAKuG (fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten) folgende Bettenzahlen für Departments als bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG:

- für Unfallchirurgie (Satellitendepartment) oder plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie mit jeweils 15 bis 24 Betten,
- für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten
- sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten.

Vielfach beschränkt sich die Ausgestaltung der landesgesetzlichen Umsetzung aus den zuvor genannten Gründen auf die Anzeige- bzw. Bewilligungspflicht bei der Einrichtung von neuen Organisationsformen.

Die durch die KAKuG-Novelle grundsatzgesetzlich festgelegten neuen Betriebsformen der Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können zwar genutzt werden, müssen jedoch nicht zwingend ausführungsgesetzlich umgesetzt werden. Gleiches gilt für Departments, Fachschwerpunkte und dislozierte Wochen- und Tageskliniken. Die Landesgesetzgebung *kann* diese reduzierten Organisationsformen vorsehen.

Tirol

So ist etwa für das noch in der Begutachtungsphase befindliche Tiroler Krankenanstaltengesetz (Tir. KAG) zur Umsetzung der KAKuG-Novelle die Bestimmung, wonach bestehende Standardkrankenanstalten unter bestimmten Voraussetzungen als Standardkrankenanstalten der Basisversorgung geführt werden können, nicht vorgesehen. Nach dem aktuellen Stand der durchgeführten Befragung (August 2012) ist Tirol das einzige Bundesland, welches in der Ausführungsgesetzgebung auf die Verankerung von Standardkrankenanstalten der Basisversorgung verzichtet. Für die in Tirol bestehenden Krankenanstalten komme laut Antwortschreiben eine Reduzierung auf eine Standardkrankenanstalt der Basisversorgung (Abteilung für innere Medizin, Basisversorgungsleistungen in der Chirurgie sowie Erstversorgung) nicht in Betracht.





Wien

Der Entwurf der Wiener KAG-Novelle 2012 liegt mit August 2012 zur Begutachtung vor. Mit einer Beschlussfassung durch den Wiener Landtag ist im Oktober oder November zu rechnen. Unterdessen hat die Wiener Landesgesundheitsplattform am 28. Juni 2012 Änderungen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien beschlossen, welcher Ende 2012 von der Wiener Landesregierung durch einen per Verordnung neu zu erlassenden Wiener Krankenanstaltenplan (vgl. § 5a Wiener Krankenanstaltengesetz 1987/Wiener KAG) in normatives Recht umgesetzt wird.

Es ist vorgesehen, alle großen Krankenanstalten mit einer zentralen Aufnahme- und Entlassungsstation auszustatten, um interne Prozesse, aber auch das Zusammenwirken mit dem extramuralen Bereich, zu verbessern. So sollen etwa im AKH, in den Schwerpunktkrankenanstalten des KAV, im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und im Hanusch-Krankenhaus zentrale Aufnahmeeinheiten (ZAE) geschaffen werden. Im Hinblick auf eine Verbesserung der Schnittstelle zwischen intramuralem und extramuralem Bereich werden von den Systempartnern (Sozialversicherung, Stadt Wien und Ärztekammer für Wien) zusätzlich Überlegungen angestellt. So sollen, wie von der Wiener Gesundheitsplattform bereits beschlossen, Pilotprojekte gemeinsam entwickelt und finanziert werden. Damit werden ergänzende, auf das spitalsambulante Leistungsgeschehen abgestimmte, ambulante Versorgungsformen forciert. Diese sollen neben den Strukturveränderungen im stationären Bereich die Versorgung im Interesse der Patienten durch ambulante (niedergelassene) Versorgungsformen sicherstellen. Die Bedeutung des abgestimmten Zusammenwirkens von extramuralem und intramuralem Bereich verdeutlicht sich vor dem Hintergrund möglicher Reduktionen bzw. Schließungen von Abteilungen bzw. Krankenanstalten sowie teilweise bestehender hoher Frequentierungen von Spitalsambulanzen.

In Bezug auf eine flexiblere, interdisziplinäre Leistungserbringung zur Sicherstellung der Effizienz und Resilienz der Strukturen sind weiters folgende Änderungen im RSG Wien vorgesehen, welche die durch die KAKuG-Novelle neu geschaffenen Möglichkeiten flexiblerer Versorgungsformen nutzen:

- Forcierung der interdisziplinären Belegung in Bereichen der Normalstation,
- Schaffung interdisziplinärer tageschirurgischer Einrichtungen,
- Tagesklinik- und Wochenklinikbetten.

Konkret ist vorgesehen, dass das Hartmannspital zukünftig am Standort St. Elisabeth disloziert ein begrenztes Versorgungsangebot im Bereich der inneren Medizin mit Akutgeriatrie und Palliativmedizin betreiben soll. Weiters wird im Krankenhaus Hietzing mit dem Standort Rosenhügel eine dislozierte Wochenklinik geführt. Die Neuerungen im RSG Wien sehen darüber hinaus eine Reduktion von Abteilungen der medizinischen Sonderfächer Dermatologie, HNO und Urologie vor.

Steiermark

In der Steiermark wurde mit dem Regierungsbeschluss vom 12. April 2012 der Entwurf des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes (StKAG) zur Ausführung der Grundsatzbestimmungen der KAKuG-Novelle in den Landtag Steiermark eingebracht. Die KAKuG-Novelle wurde anlässlich der Beratung im diesbezüglichen Unterausschuss in die Regierungsvorlage eingearbeitet und liegt nunmehr zur Verhandlung vor. Es erfolgen bereits Planungen, die neu geschaffenen Organisations- und Betriebsformen umzusetzen. Im Rahmen der Befragung wurden dazu ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) und Tageskliniken genannt. So ist die Errichtung ambulanter Erstversorgungseinheiten für die 24-Stunden-Erstversorgung nach § 6 Abs. 7 Z 5 KAKuG an zahlreichen Standorten geplant.

Oberösterreich

Vom oberösterreichischen Landtag wurde am 5. Juli 2012 die Oö. KAG-Novelle 2012 (LGBl. Nr. 70/2012) zur Änderung des Oö. Krankenanstaltengesetzes beschlossen. Die Novellierung des Oö. KAG wurde mit dem Landesgesetzblatt Nr. 70/2012 am 31.07.2012 kundgemacht. Darin sind unter anderem die Verankerung der abgestuften Versorgung durch Akutkrankenanstal-





ten und Definitionen von Leistungsbündeln, die den jeweiligen Versorgungsstufen zugeordnet sind, enthalten. Voraussichtlich wird noch im laufenden Jahr die Verordnung des Oö. RSG 2013 von der Oö. Landesregierung beschlossen werden. Darin sind reduzierte Organisationsformen, die auch in Kooperation von zwei Krankenanstalten geführt werden können, vorgesehen.

Die Führung von standortübergreifenden Abteilungen ist auch für Krankenanstalten mit unterschiedlichen Rechtsträgern zulässig, die sich in unmittelbarer räumlicher Nähe befinden, wenn eine ökonomische und qualitätsvolle Leistungserbringung und Patientenversorgung gewährleistet wird. Dies betrifft in Oberösterreich etwa die Barmherzigen Brüder und Schwestern sowie das AKH Linz und die Landes-Frauen- und Kinderklinik (LFKK). Standortübergreifende Abteilungen unterliegen der Leitung eines Primars. Die ärztliche Anwesenheitspflicht folgt jener für Standardkrankenanstalten, welche einer Anpassung an das KAKuG unterliegt (§ 3 Abs. 9 Oö. KAG). Im Bereich des Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienstes ist die ärztliche Anwesenheitspflicht, über die rahmengesetzlichen Vorgaben (§ 8 KAKuG) hinausgehend, durch den Rechtsträger in Abstimmung mit der Krankenanstaltsleitung verbindlich festzulegen und auch zu dokumentieren (§ 15 Abs. 1 Z 4 Oö. KAG).

In Bezug auf die im § 50 Oö. KAG geregelte spitalsambulante Leistungserbringung – der § 50 bleibt von der oberösterreichischen KAG-Novelle 2012 (LGBl. Nr. 70/2012) unberührt – wird von Seiten des Sozialausschusses betreffend das Landesgesetz Nachfolgendes festgehalten:¹³ Das angebotene Leistungsspektrum von Organisationseinheiten zur Sicherstellung der Basisversorgung für Chirurgie (dislozierte Wochen- oder Tagesklinik) umfasse auch entsprechende ambulante Leistungen, welche durch ambulante Erstversorgungseinheiten ausreichend angeboten werden könnten. Im Rahmen des Leistungsspektrums der Abteilung für innere Medizin oder sonstiger Fachrichtungen in bettenführenden Organisationseinheiten sei eine ambulante Erstversorgungseinheit zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung gemäß § 50 nicht ausreichend. Hierzu gäbe es etwa Fachambulanzen oder interdisziplinär geführte Ambulanzen.

In der oberösterreichischen Spitalsreform II sind Umsetzungen für Kooperationen zwischen dem intramuralen und extramuralen Bereich vorgesehen,¹⁴ etwa im Falle eines Ambulanzmodells am Standort LKH Kirchdorf. Dort ist ein Verschränkungsmodell zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich geplant. Angedacht ist eine Gruppenpraxis der Spitalsärzte außerhalb des Krankenhauses mit verlängerten Öffnungszeiten und im Gegenzug, eine Reduktion der Spitalsambulanz.

Diese abgestimmte Form des Zusammenwirkens zwischen intramuralem und extramuralem Bereich durch eine Gruppenpraxis ist seit Jänner 2011 möglich. Die aktuelle KAKuG-Novelle geht nicht auf Gruppenpraxen ein. Änderungen im Schnittstellenbereich der Leistungserbringung sind lediglich durch zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) gegeben.

Problemlagen der KAKuG-Novelle

Die KAKuG-Novelle i. d. F. BGBl. I Nr. 147/2011 bringt jedoch Ungereimtheiten bei der dienstrechtlichen Zuordnung der Mitarbeiter zu Mutterabteilung mit sich. Rechtlich und organisatorisch (Führung der Krankengeschichte, Abrechnung, Datensicherheit, IKT etc.) unterliegen dislozierte Tages- und Wochenkliniken jener Krankenanstalt, in der sie räumlich eingerichtet sind. Entsprechend den Erläuterungen zu § 2b KAKuG sind ärztliche Mitarbeiter von dislozierten Tages- und Wochenkliniken dienstrechtlich der Mutterabteilung (Abteilung einer anderen Krankenanstalt) zugeordnet. Die fachliche Aufsicht und Verantwortung obliegt dem Abteilungsleiter der Mutterabteilung. Dieser kann bei Wochenkliniken die abteilungsbezogene organisatorische Verantwortung für die dislozierte Wochenklinik dem mit der Führung der dis-

13 Sozialausschuss Bericht Oö. (2012): Bericht des Sozialausschusses betreffend das Landesgesetz, mit dem das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 geändert wird (Oö. KAG-Novelle 2012): S. 4.

URL: <http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/internet/tgbeilagen/Beilage%20665/2012%20%20Ausschussbericht.pdf?id=1219&n=665&j=2012#page=> (letzter Abruf: 01.08.2012).

14 Land Oberösterreich (2011): Spitalsreform II – Maßnahmenplan. Information zur Pressekonferenz am 31. Mai 2011.

URL: http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-507AB2C0-6629BE4B/ooe/ges_adaptierterMasnahmenplan06062011.pdf (letzter Abruf: 22.08.2012).





Bedeutung und Auswirkung der KAKuG-Novelle

lozierten Wochenklinik vor Ort angestellten Arzt seiner Abteilung übergeben. Im Fall einer dislozierten Tagesklinik ist ebenfalls die Anbindung an eine Mutterabteilung vorgesehen, wobei die Tagesklinik im Unterschied zur Wochenklinik auch eigenständig geführt werden kann. Somit muss bei Tageskliniken keine zwangsläufige dienstrechtliche Unterstellung unter die Mutterabteilung erfolgen. Die Rechtssicherheit der betroffenen Ärzte im beruflichen Alltag, etwa in Bezug auf die Vertretung durch den Betriebsrat des einen oder anderen Landeskrankenhauses sowie im Hinblick auf die Verteilung von allfälligen Sonderklassehonoraren, ist davon betroffen.

Weiters ist in den grundsatzgesetzlichen Vorgaben der KAKuG-Novelle die Unterscheidung zwischen fachrichtungsbezogener Organisationsform und reduzierter Organisationsform (§ 2a Abs. 5 und § 2b KAKuG) und Betriebsform (§ 6 Abs. 7 KAKuG) nicht immer eindeutig nachvollziehbar. Dies kann in weiterer Folge zu Problemen bei der landesgesetzlichen Umsetzung führen.

Bereits erwähnte Bedenken ergeben sich aus der Integration des ÖSG als *objektivierte Sachverständigengutachten* in die Rechtsordnung (§ 59j Z 1 KAKuG) im Hinblick auf Änderungen von Inhalten im ÖSG. Auch die teilweise beanstandeten, die landesrechtliche Ausführungsgesetzgebung einengenden detaillierten rahmengesetzlichen Vorgaben seien an dieser Stelle nochmals erwähnt.

Bedeutung und Auswirkung der KAKuG-Novelle

Aus der durchgeführten Umfrage lässt sich eine weitgehend positive Erfahrung mit bereits bestehenden Versorgungsformen wie Tages- und Wochenkliniken erkennen. Von den neuen Organisations- und Betriebsformen wird eine betriebsorganisatorische Flexibilität erwartet. Zudem steht man einer Zusammenarbeit mit dem extramuralen Bereich positiv gegenüber. Es liegt jedoch im Ermessen der einzelnen Länder, die durch die KAKuG-Novelle grundsatzgesetzlich geschaffenen neuen Möglichkeiten von Standardkrankenanstalten der Basisversorgung, Departments, Fachschwerpunkten und dislozierten Wochen- und Tageskliniken ausführungsgesetzlich umzusetzen. Die Landesgesetzgebung kann diese neuen Betriebs- und Organisationsformen vorsehen.

Die Novellierung im Krankenanstaltenrecht sieht effizienzfördernde Flexibilisierungsmöglichkeiten an der Nahtstelle zwischen dem Spital und dem niedergelassenen Bereich sowie dem Pflege- und Rehabilitationsbereich vor. Diese integrierte, alle Versorgungsbereiche umfassende Leistungsangebotsplanung und Versorgung wäre auch in der 15a-Vereinbarung vorgesehen. Die durch die KAKuG-Novelle neu geschaffenen Organisations- und Betriebsformen betreffen jedoch fast ausschließlich Flexibilisierungen und Kooperationsmöglichkeiten in der stationären Leistungserbringung, ohne weitere Berücksichtigung der Schnittstellenversorgung.¹⁵ Infolgedessen wird in erster Linie eine Effizienzsteigerung im intramuralen Bereich (stationär und tagesklinisch) erwartet.¹⁶ Die Novelle eröffnet den Krankenanstalenträgern Möglichkeiten, welche im intramuralen Bereich die Leistungsabstimmung bzw. trägerübergreifende Nutzung von Kapazitäten verbessern sowie Rationalisierungsprozesse in Gang setzen können. Am Beispiel Kärnten beziffert der Rechnungshof das jährliche Effizienzsteigerungspotenzial durch Optimierung der Betriebsgrößen und Reduzierung der Standortdichte von Krankenanstalten auf insgesamt 125 Mio. EUR.¹⁷ Durch den Abbau von Überkapazitäten der Standorte Hainburg und Kittsee kann laut Rechnungshof ein Einsparungspotenzial von insgesamt 2,3 Mio. EUR gehoben werden.¹⁸

Kooperationseinheiten in der ambulanten medizinischen Versorgung wie Gruppenpraxen oder den in Deutschland weit verbreiteten medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bilden eine Möglichkeit, die Lücke zwischen einzelnen niedergelassenen Ärzten und den nach wie vor stark frequentierten Spitalsambulanzen zu schließen. In der gesetzlichen Regelung über ärztliche Gruppenpraxen (BGBl. I. Nr. 61/2010) hat der Bundesgesetzgeber für die Jahre 2010

¹⁵ Ausgenommen sind ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) und zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) gemäß § 6 Abs. 7 Z 4 und Z 5 KAKuG.

¹⁶ Tagesklinische Einheiten dienen beispielsweise in erster Linie einer Entlastung des stationären Bereichs bei intramuralen Leistungen, die keiner längerfristigen Unterbringung bedürfen.

¹⁷ Rechnungshof (2006): Stationäre Versorgungskapazitäten der Kärntner Fondskrankenanstalten. Reihe Kärnten 2006/1: S. 13f.

¹⁸ Rechnungshof (2011): Kooperation und Abstimmung der Leistungserbringung der Krankenanstalten Hainburg und Kittsee. Reihe Burgenland 2011/8: S. 201 f.





bis 2013 dazu ein Kostendämpfungsvolumen von insgesamt 1,725 Mrd. EUR veranschlagt, wobei der Rechnungshof in einer Stellungnahme auf die nicht nachvollziehbar dargestellte Ermittlung dieses Betrages hingewiesen hat.¹⁹

Das ökonomische und versorgungstechnische Potenzial von Gruppenpraxen kann jedoch in der aktuell bestehenden Form nicht voll genutzt werden. Seit Jänner 2011 besteht für niedergelassene Ärzte die Möglichkeit, eine Gruppenpraxis in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) zu gründen. Bedingt durch noch weiterzuentwickelnde Gesamtverträge mit den Gebietskrankenkassen für diese GmbHs (als eine Verrechnungseinheit) sowie durch die gesetzlichen Vorgaben, dass nur freiberufliche Ärzte in Ärzte-GmbHs tätig sein können bzw. dass auch nur Ärzte Gesellschafter sein können, ist zu erwarten, dass sich die Größen und damit die fachübergreifenden Kooperationen und die angebotenen Versorgungsleistungen in Grenzen halten werden. Zudem wäre für die Kooperation von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen eine prospektive Vergütungsform notwendig.²⁰

Die Schnittstelle zum niedergelassenen Bereich bleibt durch die KAKuG-Novelle weitgehend unberührt. Eine Leistungsverchiebung zwischen dem niedergelassenen Bereich und dem spitalsambulanten Bereich ist schwer abzusehen. Die durch die KAKuG-Novelle geschaffenen Möglichkeiten können nicht garantieren, dass die Leistungserbringung aus ökonomischer Sicht sowie aus Sicht des Patienten an der optimalen Stelle im Gesundheitswesen geschieht und die Schnittstellenproblematik entschärft wird. Was hierfür fehlt, ist eine Reform hin zu einer einheitlichen Dokumentation der Diagnosen und Leistungen und, damit zusammenhängend, einer einheitlichen Finanzierung. Nicht unproblematisch ist weiterhin die Mehrfachrolle der Länder, einerseits als Betreiber von Spitälern und andererseits als Ausführungsgesetzgeber im Krankenanstaltenrecht sowie als Marktregulator und Finanzier.

Bedeutung für Kooperationen

Gemäß § 18 KAKuG kommt dem Land der Auftrag zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege zu. Dabei sind, wie bereits erwähnt, die Vorgaben des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) als Landes-Krankenanstaltenplan zu berücksichtigen. Diese Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltspflege kann entweder durch die Errichtung und den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarungen mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten geschehen (§ 18 Abs. 1 KAKuG). Bei Bedarf kann zwischen unterschiedlichen Rechtsträgern eine Vereinbarung in Form eines zivilrechtlichen Vertrages geschlossen werden. So ist etwa im oberösterreichischen KAG explizit festgehalten, dass Rechtsträger ambulante Untersuchungen und Behandlungen auch durch Vereinbarung mit anderen Rechtsträgern von Krankenanstalten, mit Gruppenpraxen oder anderen ärztlichen Kooperationsformen erbringen können, wobei solche Verträge einer Genehmigung der Landesregierung bedürfen (§ 50 Oö. KAG). Solche Kooperationsvereinbarungen müssen jedoch den Vorgaben der Leistungserbringung und der Ausstattung mit Abteilungen des KAKuG genügen, was eine gewisse Problematik aufwirft, da im niedergelassenen Bereich andere Rechtsmaterien maßgeblich sind. Vereinbarungen zwischen Krankenanstalten können etwa – bei gleichen Rechtsträgern – analog zu den Verwaltungsübereinkommen zwischen Ministerien geschlossen werden. Um einer entsprechenden Transparenz und Rechtssicherheit Folge zu leisten, wären Kooperationsabkommen schriftlich in der Anstaltsordnung festzuhalten.²¹ Standardkrankenanstalten der Basisversorgung unter einer gemeinsamen Leitung können im Sinne eines Multi-Spitalsmodells als integraler Bestandteil einer allgemeinen Krankenanstalt geführt werden. Auch rechtsträgerübergreifende Kooperationen sind möglich, wie das folgende Beispiel zeigt:

¹⁹ Stellungnahme des Rechnungshofes vom 17. Mai 2010.

URL: http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/ME/ME_00153_32/mfname_186335.pdf (letzter Abruf: 22.08.2012).

²⁰ Czypionka/Riedel/Obradovits/Sigl (2010): Vergütung im ambulanten Bereich unter besonderer Berücksichtigung intermediärer Versorgungsformen. IHS Endbericht. Wien.

²¹ Materialien der Regierungsvorlage (2011): Materialien der Regierungsvorlage zum Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, Änderung (1519 d.B.): S. 4.

URL: http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/II/II_01519/fname_235564.pdf (letzter Abruf: 01.08.2012).





„Eine Abgrenzung zwischen diversen Standorten derselben Krankenanstalt im Hinblick auf die Finanzierung ist möglich (z. B. Festlegung unterschiedlicher Steuerungsfaktoren aufgrund Leistungsspektren unterschiedlicher Versorgungsstufen). Es ist beispielsweise zulässig, dass die Standardkrankenanstalt der Basisversorgung A am Standort X etwa im Wege eines Angliederungsvertrages oder durch Übertragung auf einen anderen Rechtsträger zu einem Teil einer Krankenanstalt B am Standort Y (andere Gemeinde oder andere Adresse in derselben Gemeinde) wird. Die Krankenanstalt B erhält dadurch den neuen Standort X und wird – wenn sie es nicht ohnehin schon war – dadurch zu einer Mehr-Standort-Krankenanstalt mit den Standorten X und Y. Handelt es sich beim Standort Y der Krankenanstalt B beispielsweise um eine Schwerpunktkrankenanstalt, so kann im Rahmen der LKF-Finanzierung für diesen Standort Y – wie bisher – der Faktor für die Schwerpunktversorgung festgelegt werden und für den neuen Standort X (= Standardkrankenanstalt der Basisversorgung) kein besonderer Faktor (= Faktor 1) festgelegt werden.“ (Materialien der Regierungsvorlage 2011: S. 5)²²

Bei länderübergreifenden Kooperationen gilt es, die durch Leistungsverschiebungen bedingte Änderung in der LKF-Punktebilanz zu berücksichtigen. Die inhomogene Ausprägung und unzureichende Kostendeckung des LKF-Systems bilden dabei eine finanzierungsseitige Barriere für Kooperationsvorhaben. Bei dislozierter Unterbringung der Organisationseinheiten über Landesgrenzen hinaus ist ferner § 3d KAKuG zu berücksichtigen, der unter anderem eine Genehmigung durch die Landesregierung vorsieht.

Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können zur Hebung von versorgungstechnischen und wirtschaftlichen Synergieeffekten auch als integraler Bestandteil in Form von dislozierten Betriebsstätten von Standard-, Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten geführt werden (§ 2a Abs. 4 Z 6 KAKuG). Eine Kooperation mit Krankenanstalten einer höheren Versorgungsstufe ist den Krankenanstalten der Basisversorgung bei komplexeren medizinischen Versorgungsleistungen vorgeschrieben (§ 2a Abs. 4 Z 3 KAKuG).

Beispiele bisheriger Kooperationen und Umwandlungen

Die KAKuG-Novelle schafft nun Möglichkeiten für Kooperationen, bei denen sich Spitäler einzelne Fachrichtungen zwischen den Standorten aufteilen können. Eine andere Möglichkeit der Spitalskooperation, auf die bereits zurückgegriffen wird, ist das Setzen von Schwerpunkten in der Leistungserbringung. Auch wenn naturgemäß die KAKuG-Novelle an sich mangels landesgesetzlicher Umsetzung noch nicht tatsächlich angewandt werden kann, wurden einige der Möglichkeiten in den Spitalsreformen einiger Bundesländer bereits verankert. Nachfolgend sollen daher Beispiele für Kooperationen und Umwandlungen angeführt werden, die bereits durchgeführt wurden oder werden. Die vereinzelt angegebenen Einsparungspotenziale geben einen ungefähren Ausblick auf finanzielle Auswirkungen der aktuellen KAKuG-Novelle, welche zum Teil tiefgreifende Umstrukturierungen durch die neuen Organisations- und Betriebsformen gestattet. Es sei angemerkt, dass die Aufweichungen der starren Leistungs- und Strukturvorgaben zwar generell zu begrüßen sind. Es besteht jedoch immer noch eine starke Orientierung an Standorten und Krankenanstaltentypen anstatt an Leistungen und Qualitätsvorgaben. Dies ist für ein integriertes Gesundheitswesen bzw. für eine Entschärfung der Schnittstellen in der Leistungsversorgung nicht zielführend. Der Sicherstellungsauftrag nach § 18 nennt denn auch die Krankenanstaltspflege als Regelungsgegenstand. Jedoch hat diese keine unmittelbare Entsprechung im Morbiditätsgeschehen. Die Notwendigkeit zur Krankenanstaltspflege ist in vielen Fällen mehr eine Sache des Schweregrades einer Erkrankung oder der technischen Möglichkeiten, die aber fließend sind und sich zunehmend außerhalb einer Krankenanstalt eröffnen. Somit ist diese Entität für die Definition eines Versorgungsauftrags eigentlich ungeeignet. Ein Beispiel für eine Kooperation mit Schwerpunktsetzung zwischen den kooperierenden Spitalern sind die oberösterreichischen Ordensspitäler der Barmherzigen Brüder und Schwestern in Linz. Bei der internistischen Versorgung liegt der Schwerpunkt der Barmherzigen Brüder auf

²² Siehe Fußnote 21.





der allgemeinen internistischen Intensivversorgung und der Gastroenterologie, der Schwerpunkt der Barmherzigen Schwestern auf der Hämato-Onkologie und Kardiologie. Im Bereich der chirurgischen Leistungserbringung haben die Barmherzigen Schwestern ihren Schwerpunkt auf die Tumorchirurgie und die Barmherzigen Brüder ihren Schwerpunkt auf die Gefäßmedizin gesetzt. Des Weiteren ist die Augen- und Neurologie-Versorgung bei den Barmherzigen Brüdern und die HNO-Versorgung bei den Barmherzigen Schwestern konzentriert. Diese spitalpartnerschaftliche Form der Kooperation kann mit einem Einsparungspotenzial von jährlich 5 Mio. EUR beziffert werden.²³

Umsetzungen einer Spezialisierung von einem oder mehreren kooperierenden Spitälern sind etwa bei der oberösterreichischen Spitalsreform II angedacht. Dabei soll das Krankenhaus Sierning in eine Spezialkrankenanstalt für Akutgeriatrie/Remobilisation umgewandelt werden. Die Kooperation zwischen dem KH Sierning und dem KH Steyr bedingt, dass Sierning keine Akutaufnahmen zu bewältigen hat²⁴ und durch die konkrete Leistungsabstimmung mit dem KH Steyr auch im Bereich diagnostische Leistungen (Radiologie, Labor etc.) Synergieeffekte genutzt werden können. Der Nettoeffekt aus der Umstrukturierung der Krankenhausstandorte Sierning und Steyr wird auf rund 1,8 Mio. EUR geschätzt.²⁵

Fachschwerpunkte sind eigenständige Funktionseinheiten, deren Leistungsangebot sich auf elektive Eingriffe reduziert. Beispiele für eine Reduzierung bzw. Umwandlung einer vollen Fachabteilung an einem Standort in einen Fachschwerpunkt sind das KH Kittsee, das Klinikum Mostviertel-Waidhofen/Ybbs (beide Fachschwerpunkt Urologie), das KH Oberwart, das KH Bad Ischl (beide Fachschwerpunkt HNO) und das KH Lienz (Fachschwerpunkt Orthopädie und orthopädische Chirurgie). In Oberösterreich wurden entsprechende Einsparungen durch die Umwandlung der HNO-Abteilung in einen Fachschwerpunkt im KH Steyr (163.075 EUR), die Umwandlung der MKG-Abteilung im KH Wels-Grieskirchen (1.261.245 EUR) und die Umwandlung der Augen-Abteilung in einen Fachschwerpunkt im KH Vöcklabruck (1.311.939 EUR) erzielt.²⁶ Ein Beispiel für eine Reduzierung der vollen Fachabteilung an einem Standort auf einen tagesklinischen Betrieb durch eine Kooperation ist das KH Güssing. Seit April 2006 besteht eine Tagesklinik für Augenheilkunde in diesem Krankenhaus, welche in Kooperation mit der Universitäts-Augenklinik Graz betrieben wird. Im Jahr 2008 wurde im KH Oberpullendorf eine interdisziplinäre Tagesklinik für Chirurgie, Gynäkologie und innere Medizin eingerichtet. Im Zuge der oberösterreichischen Spitalsreform II ist die Umwandlung einer Intensivstation in eine Überwachungseinheit im KH Wels-Grieskirchen angedacht. Diese Umwandlung in reduzierte Leistungsformen soll laut den Kalkulationen in der Gesamtdarstellung der oberösterreichischen Spitalsreform Einsparungen in Höhe von 526.109 EUR bringen.²⁷

Das Effizienzsteigerungspotenzial durch eine Reduktion der vollstationären Kapazitäten anhand einer Erweiterung der tagesklinischen Versorgung verdeutlicht sich auch an den Berechnungen des Rechnungshofes für die Krankenanstalten Hainburg und Kittsee. Durch Leistungsverchiebung in den tagesklinischen Bereich können beim niederösterreichischen Standort 580.000 EUR und beim burgenländischen Standort 470.000 EUR jährlich eingespart werden.²⁸

Kooperationen von Spitälern mit dem niedergelassenen Bereich sind im starr dualen Gesundheitssystem Österreichs im internationalen Vergleich eher schwach ausgebildet. Dies folgt aus der schwach integrierten Ausgestaltung des Systems hinsichtlich der Vergütungsformen, der Beteiligungsmöglichkeiten oder der Datenübermittlung. Klassische Kooperationsformen zwischen Spitälern und dem niedergelassenen Bereich wie Konsiliarärzte, Belegärzte und Praxen am Krankenhaus stellen Kooperationen mit einer Orientierungsrichtung hin zum Krankenhaus

23 Barmherzige Schwestern Linz (o. J.): Brüder-Schwestern-Spitalpartnerschaft.

URL: <http://www.bhslinz.at/index.html?sc=225596686> (letzter Zugriff: 01.08.2012).

24 Akutaufnahmen erfolgen nach den Plänen der Spitalsreform II durch das KH Steyr und das KH Kirchdorf.

25 Land Oberösterreich (2011): Spitalsreform 2011, Reform nach Maß – der Oberösterreichische Weg bis 2020. Gesamtdarstellung. 31. Mai 2011.

26 Siehe Fußnote 25.

27 Siehe Fußnote 25.

28 Stellungnahme des Rechnungshofes vom 11. Oktober 2012 zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten geändert wird. URL: http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2011/beratung/gesetzesbegutachtungen/Stellungnahme_Krankenanstalten.pdf





dar. Neuere Kooperationsformen wie Gruppenpraxen sind eine intermediäre Versorgungsform zwischen der Einzelpraxis und dem Krankenhaus und ermöglichen eine patientennahe bzw. flächendeckende und kostengünstige Versorgung. Gruppenpraxen finden jedoch noch keine weite Verbreitung, was, wie bereits angeführt, unter anderem auf unausgereifte Gesamtverträge mit den Gebietskrankenkassen für GmbHs (als eine Verrechnungseinheit) sowie auf gesetzliche Einschränkungen bei der Tätigkeit und Beteiligungsmöglichkeit zurückzuführen ist. Beispiele für Kooperationen von Spitälern mit dem niedergelassenen Bereich betreffen oftmals eine gemeinsame Nutzung der bildgebenden Diagnostik. In Niederösterreich wurde von 2004 bis 2006 ein Kooperationsmodell zwischen dem extra- und intramuralen Sektor erprobt. Vier Fondskrankenanstalten führten im Zuge dessen auch auf Zuweisung von niedergelassenen Ärzten CT- und MR-Untersuchungen durch. Vergütet wurden sie dafür von der NÖGKK. Von Seiten des Rechnungshofes wurde gutgeheißen, dass durch die Mitversorgung überwiesener Patienten aus dem niedergelassenen Bereich die Auslastung der Geräte verbessert werden kann.²⁹ Neben einer besseren Auslastung konnte auch eine Einsparungskomponente realisiert werden. Die positiven Erfahrungen aus dem Pilotprojekt führten dazu, dass das Projekt an drei Standorten in den Regelbetrieb übernommen werden sollte. Im Regelbetrieb wurden jedoch die Verrechnungsvereinbarungen verändert, was bedeutete, dass die neuen Partner der Gebietskrankenkasse nicht die Krankenanstalten selbst waren, sondern selbstständige, von den Radiologieprimarii der beteiligten Krankenanstalten geleitete Ambulatorien. Mit diesen wurden Ressourcennutzungsverträge abgeschlossen.³⁰

Ein Beispiel aus dem Burgenland betrifft eine (befristete) Vereinbarung zwischen KRAGES³¹ mit einer niedergelassenen Fachärztin für Radiologie in Oberwart über die Erbringung ambulanter Computertomographieuntersuchungen. Im dritten Quartal 2007 legte diese Ärztin eine Honorarnote für 349 Fälle (patientenbezogene Verrechnung) an das Krankenhaus Oberwart, welche von diesem an den Fonds weitergeleitet wurden. Damit konnte die Auslastung der Computertomographiegeräte mit einer maximalen jährlichen Kapazität von 6.000 Untersuchungen gesteigert werden.³²

Analyse der Auswirkungen auf den ambulanten Bereich

In unserer Befragung zeigt sich, dass auch die unmittelbar in der Umsetzung Tätigen die Wirkungen der KAKuG-Novelle nicht wirklich abzuschätzen vermögen. Aus der Analyse der Instrumente, die die KAKuG-Novelle bietet, lässt sich auch tatsächlich ableiten, dass sehr viel von der Konkretisierung abhängen wird, die in den Landesgesundheitsplattformen beschlossen wird. Die neuen Betriebs- und Organisationsformen sind darüber hinaus nicht zwingend von den Ländern in ihrer Ausführungsgesetzgebung umzusetzen. Dadurch ist eine weitere Differenzierung der neuen Landesgesetze für Krankenanstalten zu erwarten. Im Tiroler Krankenanstaltengesetz (Tir. KAG) ist beispielsweise die Umsetzung der Standardkrankenanstalten der Basisversorgung nicht vorgesehen. Allgemein intendiert der Gesetzgeber in den rahmengesetzlichen Vorgaben eine Rationalisierung und Abstufung der Versorgungsstrukturen und versucht eine Ausweitung des intramuralen Versorgungsangebotes durch die neu geschaffenen Möglichkeiten zu verhindern. Für die Umwandlung in eine Standardkrankenanstalt der Basisversorgung ist eine Errichtungs- und Betriebsbewilligung mit dem Stichtag 01.01.2011 notwendig (§ 2a Abs. 4 KAKuG). Die Einrichtung von reduzierten Organisationsformen ist gemäß § 2a Abs. 5 KAKuG nur zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen möglich, sofern ein wirtschaftlicher Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden kann. An dieser oder auch an anderen Stellen – etwa bei der Voraussetzung einer *räumlichen Nähe* für dislozierte Standardkrankenanstalten der Basisversorgung oder für dislozierte ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) – ist der Gesetzestext nicht eindeutig und liefert einen großen Interpretationsspielraum.

29 Rechnungshof (2010): Medizinisch-technische Großgeräte mit Schwerpunkt in Niederösterreich und Salzburg. Reihe Bund 2010/13: S. 54 f

30 Siehe Fußnote 29.

31 Burgenländische Krankenanstalten GmbH.

32 Rechnungshof (2008): Burgenländische Krankenanstalten-Gesellschaft m. b. H. Reihe Burgenland 2008/4: S. 26 f.





Generell scheint hinter der Novelle vor allem die Absicht zu stehen, die Führung von Krankenanstalten selbst wirtschaftlicher zu gestalten, und weniger, die Schnittstelle zum extramuralen Bereich zu verbessern. Diesen Umstand kritisiert auch der Rechnungshof in seiner Stellungnahme zur KAKuG-Novelle.³³ Die Ausweitung der Tages- und Wochenkliniken, die Konzentration der Erstaufnahmen, Satellitendepartements sowie die Schaffung des Typus „Standardkrankenanstalt der Basisversorgung“ können vor allem die spitalsinternen Strukturen verschlanken und besser an den Bedarf anpassen. Per definitionem betreffen diese Änderungen aber in erster Linie den stationären Bereich, indem dieser entlastet und flexibilisiert wird. Nur in kleineren Bereichen wird auch der extramurale Bereich direkt betroffen sein. So ist denkbar, dass die dislozierten Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten, neben einer möglichen Entlastung für den stationären bzw. spitalsambulanten Bereich, regionale niedergelassene Strukturen entlasten, die bisher nicht uneingeschränkt für die Akutversorgung in Randzeiten geeignet waren. Dem steht aber die Finanzierungsproblematik entgegen, da diese Einheiten die Sozialversicherung entlasten würden. Bedeutender als dieser direkte Effekt könnte aber ein indirekter Effekt der KAKuG-Novelle sein: Viele der neu enthaltenen Elemente ermöglichen es, das Leistungsangebot im intramuralen Bereich zu reduzieren. Damit könnte eine Reduktion der intramuralen ambulanten Kapazitäten einhergehen, welche vom niedergelassenen Bereich aufgefangen werden müssten. Hier hängt das Ausmaß sehr von den regionalen Gegebenheiten und den beschlossenen Veränderungen im Krankenanstaltenbereich ab.

Tatsächlich wurde eine der wesentlichsten Regelungen mit Implikationen für den niedergelassenen Bereich schon im Gesundheitsreformgesetz 2005 (BGBl. I Nr. 179/2004) eingeführt, nämlich der § 26 Abs. 3 KAKuG. Darin ist bestimmt, dass Krankenanstalten ihre Pflicht zur Erbringung ambulanter Leistungen auch durch Vereinbarung mit anderen Rechtsträgern von Krankenanstalten, mit Gruppenpraxen oder anderen ärztlichen Kooperationsformen erfüllen können. Davon wird derzeit jedoch weiterhin kaum Gebrauch gemacht, obwohl dies eigentlich die tiefgreifendsten Änderungen durch Bestimmungen des KAKuG für den niedergelassenen Bereich mit sich bringen würde.

Fazit

Konkrete Auswirkungen der KAKuG-Novelle (BGBl. I Nr. 147/2011) sind noch schwer absehbar. Auch für Akteure im Umsetzungsprozess auf Landesebene sind nach unserer Erhebung substanziale Folgen der KAKuG-Novelle noch nicht abzuschätzen. Speziell für den ambulanten Bereich werden die Auswirkungen wohl sehr davon geprägt sein, welche Entscheidungen in den Gesundheitsplattformen zur Nutzung der neuen Organisationsformen getroffen werden. Es sind hier Effekte in beide Richtungen denkbar, wobei mit der angestrebten Verschlinkung von Krankenanstaltenstandorten auch eine Reduktion der spitalsambulanten Kapazität einhergehen könnte, wodurch der niedergelassene Bereich verstärkt gefordert wäre. Problematisch ist dies insbesondere dann, wenn in der Landesgesundheitsplattform eine solche Entscheidung als ausschließliche Landessache qualifiziert wird, obwohl die SV davon mitbetroffen ist. Strukturell wäre eine rasche Nutzung der Gruppenpraxen anzustreben.

Die Änderungen durch die KAKuG-Novelle bieten vor allem Möglichkeiten zur wirtschaftlicheren Umstrukturierung von Krankenanstalten. Die Neuordnung des ambulanten Bereichs spielt leider eine untergeordnete Rolle. Modelle zur qualifizierten Erstversorgung wie zentrale Aufnahme- und (ambulante) Erstversorgungseinheiten (ZAE und AEE) und Einrichtungen zur Erbringung elektiver operativer Leistungen wie Tages- und Wochenkliniken erhöhen den Integrationsgrad des österreichischen Gesundheitssystems nur marginal. Der Zugang zu medizinischer Leistung könnte sowohl in zeitlicher Dimension – durch flexiblere Öffnungszeiten – als auch in örtlicher Dimension – durch eine Basisversorgung peripherer Gebiete – verbessert werden, wobei unserer Ansicht nach auch Gruppenpraxen in diesem Einsatzgebiet geeignet wären. Um das volle Potenzial der durch die Neuerungen gebotenen Möglichkeiten ausschöpfen zu können, bedarf es einer Kooperation der Akteure im Gesundheitswesen. Dazu müssen aber auch finanzierungsseitige Reformen nach

Fazit

³³ Stellungnahme des Rechnungshofes vom 11. Oktober 2012 zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten geändert wird. URL: http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2011/beratung/gesetzesbegutachtungen/Stellungnahme_Krankenanstalten.pdf





Health System Watch II/2012

dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ erwirkt werden, um Anreizmechanismen für eine integrierte Versorgung im Sinne des Patienten zu schaffen. Zusätzlich muss das Zusammenwirken mit anderen Rechtsordnungen und Regelungen beachtet werden. Denkbar wäre hier für die Zukunft eine einheitliche Gesetzgebung für alle Anbieter im Gesundheitswesen.

Strenge gesetzliche Vorgaben in Bezug auf Organisations- und Betriebsform – auch wenn durch die KAKuG-Novelle ein erster Schritt in die richtige Richtung zur Aufweichung von starren Leistungs- und Strukturvorgaben getan wurde – schaffen stets eine verstärkte Ausrichtung an Strukturen anstatt am Patienten. Der Behandlungsprozess verlangt eine integrierte Ausrichtung des Systems bzw. der Institutionen an den Bedürfnissen des Patienten und der für ihn notwendigen Behandlung und nicht umgekehrt. Generell sollte statt in Strukturen in Leistungen gedacht werden. Auch die Qualitätsvorgaben laut ÖSG, KAKuG und LKF-Modell könnten zukünftig an angebotene Leistungen und nicht an Strukturen gebunden werden. Da mit der subsidiären Strukturplanung bereits ein geregelter Planungsprozess existiert, könnten somit weitere Flexibilisierungen der Organisationsformen erfolgen, um regional angepasste Versorgungslösungen zu begünstigen. Dies könnte zusammen mit einem einheitlichen Leistungserbringerrecht mit sektorenübergreifenden Bezahl- und Finanzierungssystemen gekoppelt wirkliche Veränderungen an den Schnittstellen ermöglichen.

Anhangstabelle: Ausgewählte Kennzahlen der stationären Versorgung, 2010

	Betten (Akutspitäler) pro 1.000 Einwohner			Spitalsentlassungen pro 100 Einwohner			Durchschnittliche Verweildauer (Akutspitäler) in Tagen			Ausgaben für Spitäler in % der gesamten Gesundheitsausgaben		Ausgaben für Pflegeheime in % der gesamten Gesundheitsausgaben	
	2010	2000 = 100	OECD = 100	2010	2000 = 100	OECD = 100	2010	2000 = 100	OECD = 100	2010	OECD = 100	2010	OECD = 100
Österreich	5,5	89	152	26,1	106	155	6,6	87	106	36,7	110	8,4	101
Belgien	4,1	87	114	17,8	n. v.	106	7,1 ^b	92	114	30,9	92	12,2	146
Dänemark	2,9	82	80	17,2	99	102	3,6 ^d	95	58	43,4	129	12,9	154
Deutschland	5,7	89	157	24,0	120	143	7,3	79	117	28,7	86	7,6	91
Estland	3,5	63	96	16,9	97 ^f	101	5,5	75	88	44,9	134	2,8	34
Finnland	1,8	75	50	18,2	68	108	5,4	95	87	33,1	99	7,1	85
Frankreich	3,5	85	96	16,9	89	100	5,2	93	84	34,1	102	5,7	68
Griechenland	4,1 ^a	108	112	19,5 ^c	121	116	5,4 ^c	87	87	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Irland	2,3	82	64	13,2	95	78	6,1	95	98	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Italien	2,8	70	79	12,8 ^a	81	76	6,7 ^a	96	108	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Luxemburg	4,2	83 ^e	116	14,9	79	89	7,6	101	122	29,8 ^b	89	14,2 ^b	171
Niederlande	3,0	99	84	11,6 ^a	125	69	5,6	62	90	32,3	96	21,9	263
Norwegen	2,4	76	66	17,5	114	104	4,5	75	72	36,5 ^a	109	17,9 ^a	215
Polen	4,4	85	121	20,3	139 ^f	121	5,0	56	80	33,0	98	1,4	16
Portugal	2,8	91	77	11,2 ^a	130	67	6,7 ^a	87	108	36,2	108	1,4	16
Schweden	2,0	81	56	16,3	101	97	4,6	87	74	43,3	129	n. v.	n. v.
Schweiz	3,1	76	87	16,9	110 ^h	100	6,9	n. v.	111	36,0	107	17,2	207
Slowakei	4,7	83	131	21,2	108	126	6,6	78	106	24,2	72	0,0	0
Slowenien	3,7	83	102	15,6	100	93	5,4	76	87	39,4	118	5,4	65
Spanien	2,5	87	68	10,2	92	61	6,3	89	101	39,0	116	7,1	86
Tschechien	4,9	85	135	19,2	101	114	7,0	89	113	42,9	128	1,6	19
Ungarn	4,1	73	115	18,5 ^a	80 ^g	110	5,8	82	93	30,3	90	3,4	41
Vereinigtes Königreich	2,4	n. v.	66	13,6	102	81	6,6	83	106	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
OECD-Durchschnitt Europa	3,6	80	100	16,8	103	100	6,2	82	100	33,5	100	8,3	100
Türkei	2,4	126	67	14,2	192	85	3,9	70	63	39,8 ^b	119	0,0 ^b	0
Vereinigte Staaten	2,6 ^a	88	72	13,1 ^a	105	78	5,4	93	87	32,0	95	5,6	67

^a 2009

^b 2008

^c 2007

^d 2003

^e 2004–2010

^f 2003–2010

^g 2004–2009

^h 2002–2010

Quelle: OECD Health Data 2012, IHS HealthEcon (2012)

